

ANNEE 1970

THESE

N^o

459

POUR LE

DOCTORAT EN MEDECINE

(Diplôme d'Etat)

P A R

Alain VEDRUNES

Né le 8 juin 1943 à PARIS XVe

Externe des Hôpitaux de Paris

PRESENTEE ET SOUTENUE PUBLIQUEMENT LE :

VALEUR DES SIGNES RADIOLOGIQUES

DANS LE DIAGNOSTIC DE THROMBOANGIOSE

Président : Mr. Marcel ROUX, Professeur



Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41552011_0034

ANNEE 1970

THESE

N°

POUR LE

DOCTORAT EN MEDECINE

(Diplôme d'Etat)

P A R

Alain VEDRUNES

Né le 8 juin 1943 à PARIS XV^e

Externe des Hôpitaux de Paris

PRESENTEE ET SOUTENUE PUBLIQUEMENT LE :

VALEUR DES SIGNES RADIOLOGIQUES

DANS LE DIAGNOSTIC DE THROMBOANGIOSE

Président : Mr. Marcel ROUX, Professeur



A la mémoire de mon Père,

A ma Mère,

A ma Famille.

A M. et Mme RICHER,

que ce travail soit le témoignage de toute
mon affection et de ma gratitude.

A mes Amis.

A mon Maître Monsieur le Professeur Marcel ROUX

Membre de l'Académie de Chirurgie

Chirurgien de l'Hôpital de Vaugirard

Chevalier de la Légion d'Honneur.

qui nous a fait le grand honneur de
présider cette thèse.

Mes respectueux remerciements.

A mon Maître le Docteur Charles DRAMEZ

Electro-Radiologiste des Hôpitaux

Chef de Service de l'Hôpital de Vaugirard

Il nous a confié le sujet de ce
travail et guidé dans sa réalisation
avec beaucoup de bienveillance.

Qu'il trouve ici le témoignage de
mon respect et de ma reconnaissance.

A Messieurs les Professeurs :

- NATALI
- HOUSSET
- RICORDEAU

dont les documents nous ont permis
la réalisation pratique de ce travail.

A Monsieur le Docteur MARTIN

dont nous avons mis à contribution
la gentillesse et la compétence.

Aves mes remerciements.

Aux Maîtres de mes études :

- Monsieur le Docteur DUFOUR
- Monsieur le Professeur BREHANT
- Monsieur le Doyen BROUET
- Monsieur le Professeur CACHIN
- Monsieur le Professeur LEFEBVRE
- Monsieur le Professeur DA LAGE

Qu'ils trouvent ici le témoignage
de ma gratitude pour leur enseignement,

INTRODUCTION

Gangrène spontanée des jeunes, Endartérite oblitérante, Artérite juvénile, Thromboangéite oblitérante, Thromboangiose. Cette simple énumération, non exhaustive, suffit à montrer que cette entité est encore loin d'être précisément connue.

Devant la diversité des statistiques, des hypothèses, des conclusions péremptoires, cette thèse ne saurait faire un bilan définitif.

Nous nous limiterons à un bref rappel historique, anatomopathologique et clinique, des points communément admis et porterons spécialement nos efforts sur l'aspect radiologique de la maladie.

La rareté relative de l'affection en Occident explique le nombre restreint de cas publiés. Notre thèse prenant pour support treize cas de thromboangiose que nous avons étudiés notamment parmi les malades de Monsieur le Professeur NATALI, n'a pour d'autre but que d'apporter une modeste contribution iconographique et d'essayer de grouper certains éléments qui permettraient d'envisager radiologiquement la Thromboangiose.

HISTORIQUE

Venant après la communication de Felix VON WINIWARTER en 1870 qui avait le premier fait une description clinique et microscopique d'un cas "d'endartérite oblitérante" dont l'étiologie restait inconnue et en France, particulièrement les travaux de DUTIL et LAMY (1893), HEYDENREICH (1893), BORCHARD (1897), le travail de BUERGER sur ce qu'il nomma Thromboangéite eut tout de suite un grand retentissement.

Léo BUERGER exerçait au Mount Sinaf's Hospital à New York entre 1908 et 1924, période de grands mouvements de populations, notamment d'Israélites venant d'Europe Centrale.

Certains, jeunes, fumeurs, présentaient une artérite des membres inférieurs, remarquable car touchant les extrémités et très douloureuse.

Cette artérite donnait des troubles trophiques cicatrisant parfois spontanément et s'accompagnant de lésions veineuses : poussées de phlébites superficielles et migratrices des membres atteints, ainsi que parfois de lésions nerveuses à type de "polynévrite". L'évolution aboutissait fatalement à la gangrène, puis à l'amputation.

Histologiquement, ces lésions étaient particulières car segmentaires, non symétriques, touchant toutes les tuniques artérielles et veineuses, inflammatoires avec de nombreuses cellules géantes et surtout donnant des thromboses étagées de toute la lumière.

Cette description de la maladie, à laquelle le nom de l'auteur devait longtemps rester attaché, était très limitative dans sa forme initiale (1924 : "The Circulatory Disturbances of the Extremities).

Par la suite maintes artérites furent rattachées à tort à cette entité, car sortant aussi bien des cadres étiologiques, anatomopathologiques que cliniques.

En 1939 FONTAINE et GERY (13) rien ne prouvant la nature infectieuse de la maladie, proposèrent de classer sous le nom de Thromboangiose :

- les artérites des sujets jeunes, avec alternance de poussées évolutives et de périodes de rémission totales parfois très longues, par opposition aux artérites par surcharge où le processus est lentement progressif et le terrain différent.

Parallèlement aux travaux de BUERGER eut lieu, en 1921 par OPPEL, la première surrénalectomie à visée étiologique curatrice. Surrénalectomie reprise en France avec un certain succès par LERICHE en 1935 (16) et associée actuellement avec de meilleurs résultats à la sympathectomie (11).

ETUDE CLINIQUE

ETIOLOGIE :

- La majorité des auteurs (17) (18) est unanime sur le rôle du tabac comme facteur aggravant, mais quant à lui faire assumer la paternité de la maladie, tout autre est le problème.
- Les facteurs raciaux ne sont plus admis actuellement, l'affection ayant été observée dans des groupes ethniques différents.
- Une certaine sensibilité au froid et des antécédents de gelures et de traumatismes sont fréquemment retrouvés (17) (1) (8).
- De très nombreux cas ont été rapportés qui montraient des réactions positives d'agglutination aux Rickettsies (7) (8).
- Quant aux cas d'exiguïté artérielle constitutionnelle soutenue par FROMENT et WERTHEIMER (12) (23), nous n'en avons pas retrouvé d'exemples dans nos observations.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE :

La siège des lésions est aussi bien artériel que veineux (47 % pour DIMITZA) (9).

Le début est distal au niveau des orteils, des pieds, puis ultérieurement poplité voire fémoral (2) (16).

Les lésions sont très rarement vues au stade aigu où elles associent :

- thrombus récent,
- disparition de l'endothélium vasculaire,
- apparition périphérique de polynucléaires, de lymphocytes,
- hyperplasies de l'intima et de l'adventice par une prolifération fibroblastique,
- limitante élastique interne en général respectée,

Mais à un stade ultérieur de cicatrisation, organisation :

- thrombus canalisé par de nombreux néovaisseaux, se continuant sans délimitation avec l'intima,
- la limitante élastique interne est à peu près intacte,
- la média est fibreuse, néovascularisée,
- l'adventice est parcourue de nombreux vaisseaux,
- artères, veines et nerfs sont englobés dans un processus scléreux (24).

Au total, on constate une rétraction des vaisseaux atteints sauf au niveau de la média et cette étroitesse artérielle sera définitive (20).

SYMPTOMATOLOGIE :

Nous n'insisterons guère sur les signes communs aux ischémies d'effort, mais sur certains signes particuliers à la thromboangiose.

La rareté relative de cette "maladie" ou, pour certains "syndrome", entraîne très souvent une méconnaissance absolue de son début, alors qu'il n'y a pas encore installation de troubles irréversibles et que le traitement pourrait changer le pronostic.

Il s'agit en effet, initialement, le plus souvent d'un :

- sujet masculin, (une femme sur cinq cents pour LERICHE (16)),
- âgé de moins de 40 ans,
- fumeur,

- qui consulte pour des troubles asymétriques des membres inférieurs, diversement associés.

1 - Engourdissement, fourmillement des extrémités, fatigabilité des mollets, voire des chevilles à la marche ou à la station debout.

2 - Douleurs,

douleurs de repos, souvent inaugurales, frappant par leur caractère intense à type de broyements, de brûlures, siégeant aux orteils, à la plante des pieds ou aux mollets, retrouvées très fréquemment (21).

Calmées parfois par la position déclive de la jambe, pouvant devenir intolérables et résister aux antalgiques les plus puissants. Elles contrastent en général avec un aspect normal des téguments.

3 - La claudication intermittente

peut manquer pendant très longtemps, voire ne jamais apparaître, spécialement dans les atteintes graves.

La crampe, manifestation typique d'ischémie d'effort des muscles, apparaît au bout d'un certain périmètre de marche; elle est calmée par l'arrêt mais reprendra invariablement au bout de la même distance. Si elle atteint le plus souvent le mollet, elle peut aussi siéger à la plante des pieds. Un seul membre est touché et ce n'est que secondairement que le processus douloureux gagnera la jambe opposée.

4 - Troubles vasomoteurs :

- depuis des sensations de refroidissement du pied et de la cheville associées à une pâleur intense jusqu'à

- de pseudosyndromes de RAYNAUD siégeant aussi bien aux pieds qu'aux mains : apparaissant à l'occasion d'une exposition au froid, ils ont la particularité d'être unilatéraux, localisés à un doigt ou une phalange,

- hypersudation et oedèmes ne sont pas rares.

5 - Phlébites :

- Les phlébites migratrices superficielles signalées par BUERGER peuvent précéder la maladie de quelques années, ou survenir pendant son évolution. Pour certains, elles seraient caractéristiques de l'affection : traînées rouges, chaudes et douloureuses régressant en deux à trois semaines et laissant un petit nodule douloureux, long à se résorber.

- Les phlébites profondes signalées par McPHERSON, BARKER et KAHN ont dans certains cas inauguré aussi la maladie (15) (5).

6 - Troubles trophiques :

Les gangrènes qui apparaîtront, débutent généralement par une petite ulcération noirâtre de quelques millimètres, localisée à un orteil ou même une phalange et s'étendant progressivement au doigt. Le suintement y est minime.

Ces phénomènes nécrotiques, quelque soit leurs dimensions, sont atrocement douloureux.

Bien soignées, ces ulcérations régresseront facilement et ne reprendront qu'à un autre endroit ; elles peuvent aussi s'étendre et nécessiter l'amputation.

Devant l'un de ces signes, isolé ou associé :

L'EXAMEN de ce jeune malade portera sur les quatre membres (il est signalé des atteintes des membres supérieurs dans une proportion de 1/3 à 2/3 des cas (4) et comprendra :

- La PALPATION :

des pouls périphériques qui sont diminués ou absents, et ce, d'une façon asymétrique. Mais ce palper est très trompeur : si une abolition signifie thrombose en amont, elle ne renseigne pas sur la perméabilité du tronc artériel.

- L'OSCILLOMETRIE :

qui ne renseigne qu'approximativement sur le siège supérieur de l'oblitération, mais ni sur les suppléantes collatérales, ni sur les sièges étagés des thromboses.

- Une RECHERCHE de LOCALISATIONS VISCERALES :

coronaires, cérébrales, rénales, voire digestives, qui, pour RATSCHOW (20) sont fréquentes, et rares pour d'autres (3).

- Les EXAMENS BIOLOGIQUES :

qui, jusqu'à présent, n'ont apporté aucun renseignement exploitable, si ce n'est :

- l'absence de trouble des métabolismes lipidiques et glucidiques,
- parfois la découverte de phénomènes d'agglutination à diverses Rickettsies (déjà signalés).

- Les EXAMENS RADIOLOGIQUES :

qui demeurent le temps fondamental du diagnostic et du pronostic, en étudiant la localisation des lésions et l'efficacité éventuelle des réseaux de suppléances.

Ils permettent également le bilan pré-chirurgical.

ANGIOGRAPHIE

TECHNIQUE :

Deux méthodes furent employées :

- Aortographie abdominale directe et
- Artériographie fémorale directe.

1 - L'AORTOGRAPHIE ABDOMINALE DIRECTE

- Tout d'abord, bilan allergique, cardiaque, pulmonaire et urinaire du malade, qui éliminera les : insuffisants rénaux, pulmonaires, les cardiaques en décompensation, les cirrhotiques et hyperthyroïdiens et préviendra les allergies éventuelles.

Préparation du malade :

- Arrêt de tout traitement anticoagulant
- La veille : Phénobarbital
- Injection 1 heure avant l'examen, chez ce malade à jeun au moins depuis 6 heures, d'un mélange : Valium - Atarax.
- L'anesthésie générale, exposant à des accidents, n'est guère utilisée.

Matériel :

- Trocart de 16/10 , de 15 cm à deux mandrins, un pointu, l'autre mousse plus long.

Point de ponction :

- Malade en procubitus.
- Ponction au bord inférieur de la 12ème côte à 4 travers de doigts de l'axe du rachis, à gauche.
- Anesthésie locale à la Procaine sur 8 à 9 cm.
- Double obliquité : de 45° en haut et de 30° environ en dedans.
- Recherche du contact vertébral, retrait léger, puis direction un peu plus en dehors, jusqu'à une sensation de ressaut.
- Remplacement du mandrin pointu par le mandrin mousse, puis trocart avancé d'environ 4 à 5 cm de plus.
- Mandrin retiré, raccord de la tubulure de l'injecteur par blocage type LUER ou à double pas de vis inversé.

Injection :

Avec une pression de 4 kg d'un appareil de CAILLON, composé de deux seringues, l'une remplie de 80 cc de RADIOSELECTAN à 76 %, à 37°,

l'autre de 40 cc de PROCAINE à 1/200.

La deuxième seringue étant poussée dès la fin du passage du RADIOSELECTAN.

Prise des clichés :

- 1er cliché à la fin de l'injection.
- 2 secondes plus tard, après déplacement du tube vers les membres inférieurs, 2ème cliché donnant une bonne visibilité des fémorales.

2 - L'ARTERIOGRAPHIE FEMORALE DIRECTE :

Préparation :

- Identique à celle de l'aortographie.

- les indications de l'anesthésie générale sont larges, car le passage du produit de contraste est plus douloureux et elle favorise l'ouverture des communications artérioveineuses.

Matériel :

- trocart de 12/10e, de 5 à 7 cm selon la taille du malade.
- mandrin en biseau.

Technique :

- Malade en décubitus.
- Ponction à contre-courant, sous l'arcade crurale, en plein centre des battements, de préférence dans la fémorale commune, ce qui permet d'éviter la fémorale superficielle et la zone des circonflexes.

Injection :

- 60 cc de RADIOSELECTAN à 76 %, sous une pression de 3 kg à l'appareil de CAILLON.
- Rinçage PROCAINIQUE 30 cc à 1/200è.

Prise des clichés :

- Chronographies, quatre clichés 3 - 7 à 15 - 25 secondes après le début de l'injection.
- Le tube est à la verticale du Scarpa, incliné de 12° vers les pieds.
- L'anode est du côté des pieds. - Avec 3 paires d'écrans renforcateurs de sensibilité décroissante vers les pieds.

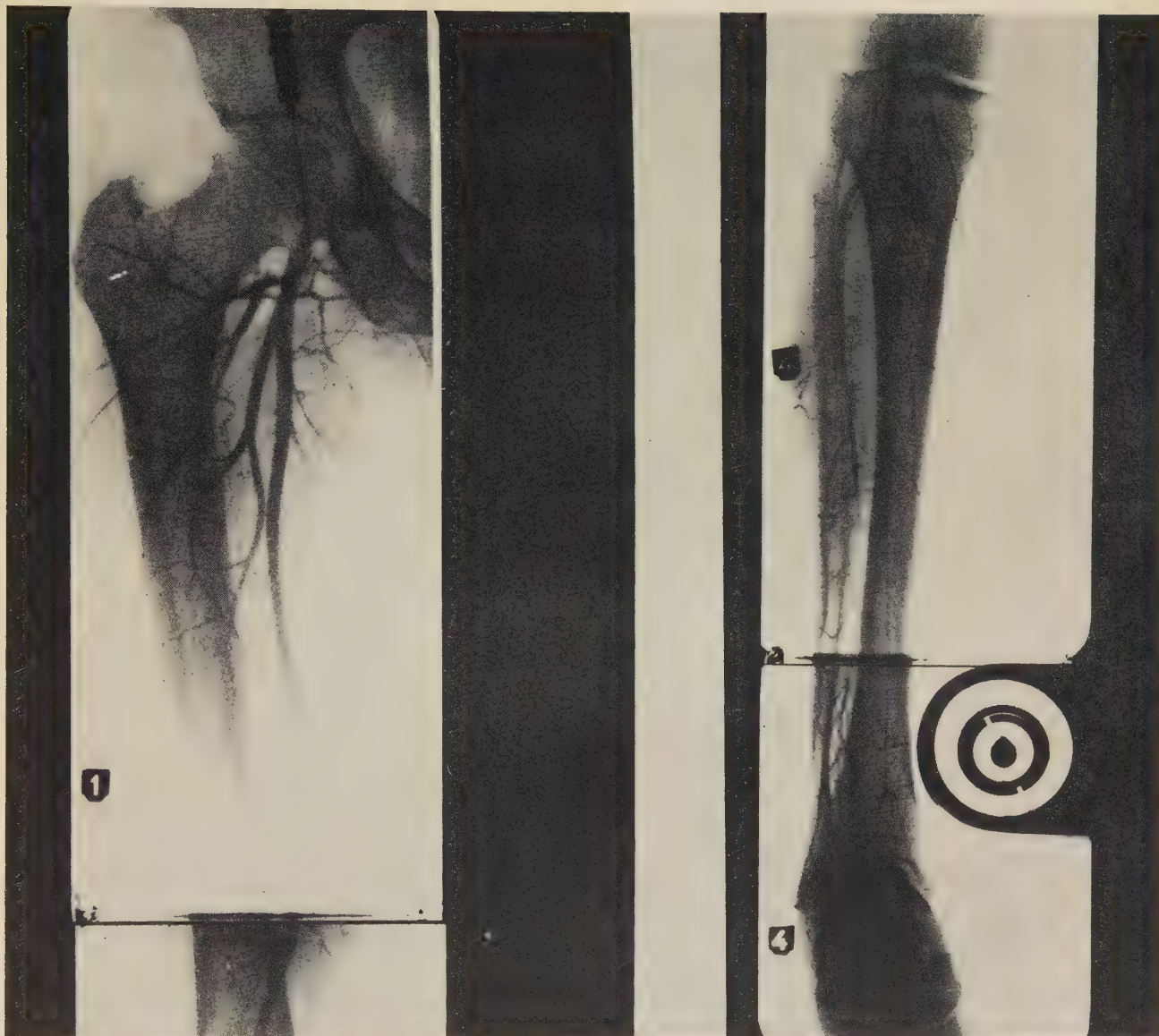
INCIDENTS :

- La douleur est minime avec une bonne technique.
- L'injection en dehors de l'artère résultant d'un mouvement du malade est sans conséquence et l'inflammation résultante cède en quelques heures.

- Insistons sur le fait de stopper tout traitement anticoagulant au minimum 3 jours avant l'examen.

Aucun accident, ni d'aggravation des processus thrombotique ne fut observé chez nos malades. Rappelons encore le rôle essentiel du rinçage PROCAINIQUE avec la 2ème seringue (10).

- OBSERVATIONS -



OBSERVATION N° 1

Monsieur P., (malade du Pr. HOUSSET)

- âgé de 39 ans
- début des troubles à 35 ans
- a déjà subi sympathectomie et surrénalectomie droites

Radio :

- fémorales en parfait état
- lésions diffuses des artères jambières à prédominance postérieure



OBSERVATION N° 2 Monsieur S., (malade du Pr. NATALI)

- âgé de 27 ans

Radio : - les artères fémorales et poplitées étaient normales
 - thrombose basse jambière



OBSERVATION N° 3 Monsieur S., (malade du Pr. NATALI)
- agé de 34 ans, Israélite
Radio : - thrombose jambière
- artérioles de remplacement d'aspect vrillé
- lésions très étendues



OBSERVATION N°4

Monsieur R., (Pr. NATALI)

- âgé de 35 ans
- début de troubles par de multiples épisodes phlébitiques

Radio :

- lésions très diffuses jambières
- thromboses surtout postérieures
- aspect vrillé des artères de suppléance
- lésions bilatérales - asymétriques
- prédominance gauche



OBSERVATION N° 5

Monsieur P., (malade du Pr. RICORDEAU)

- âgé de 36 ans

- passé phlébitique

Radio :

- intégrité des artères de cuisse

- lésions étendues, diffuses des artères jambières

- suppléances par des artérioles très vrillées

- les lésions étaient bilatérales



OBSERVATION N° 6

Monsieur B., (Pr. NATALI)

- agé de 26 ans
- passé phlébitique

Radio :

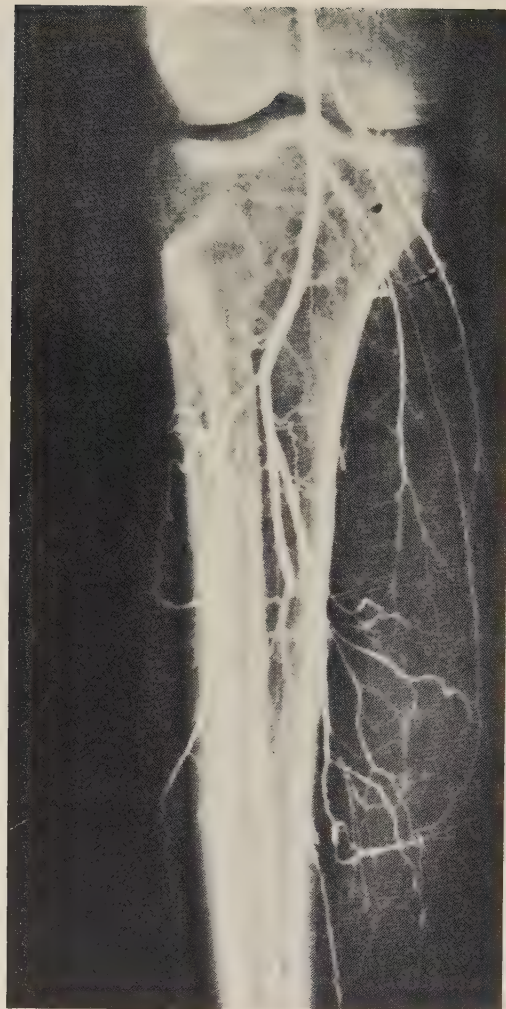
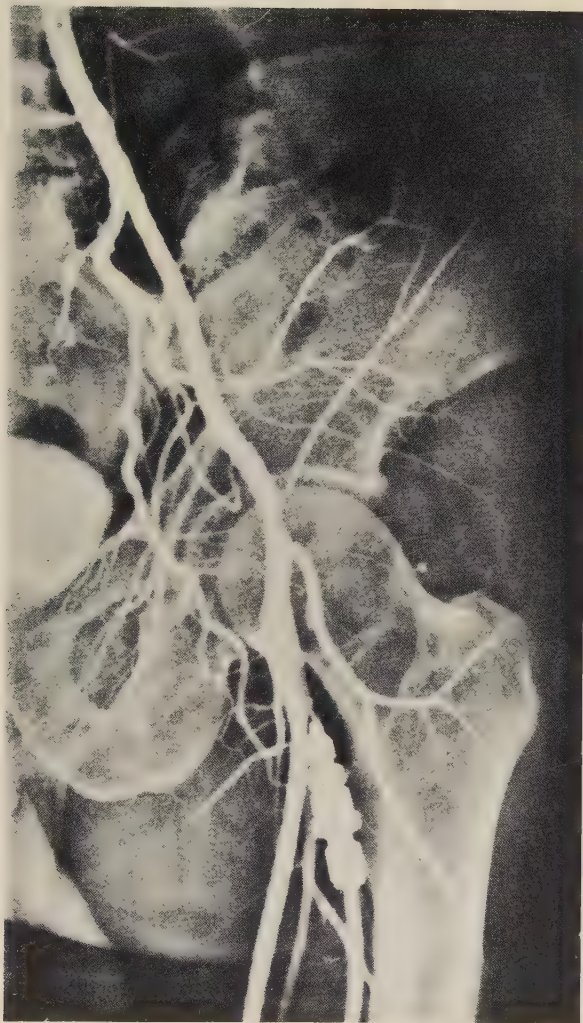
- troncs iliofémoraux intacts
- thrombose poplitée
- artères jambières réduites à de fines artérioles
- aspect vrillé des suppléances poplitées.



OBSERVATION N° 7 Monsieur D., (malade du Pr. NATALI)
- âgé de 36 ans
Radio : - aortographie normale
 - fémorales respectées.



- OBSERVATION N° 7 (suite)
- thrombose poplitée étendue
 - une seule artère visible à la jambe
 - réseau de suppléance fin, vrillé, abondant
 - si la pédieuse est visible, le réseau plantaire est constitué par de fines artérioles.
 - absence de syndrome de MALAN malgré le temps tardif de la prise du cliché.



OBSERVATION N^o 8 Monsieur G., (malade du Pr. NATALI)
- âgé de 38 ans

Observation montrant des lésions des membres inférieurs et supérieurs.

Au membre inférieur : - intégrité iliofémorale
 - lésions étendues des 3 artères de jambes



OBSERVATION N° 8 (suite) - thromboses prédominant sur la tibiale antérieure
- véritable aspect chevelu des suppléances.



OBSERVATION N° 8 (suite)

Au membre supérieur

- les lésions sont d'aspect identique à celles du membre inférieur
- cubitale réduite à une fine artériole vrillée
- une seule arcade palmaire
- les artères des éminences thénar et hypothénar sont presque inexistantes
- artères de suppléance très fines.



OBSERVATION N° 9 Monsieur N., (malade du Pr. NATALI)

- âgé de 20 ans

Avec ce cas, débutent des images moins caractéristiques.

- à droite ; thrombose isolée de la poplitée

- à gauche : après intervention, on voit l'excellente restitution de la circulation poplitée.

Ces cas isolés (étiologiquement prouvé histologiquement) bénéficient d'un traitement chirurgical plus efficace.



OBSERVATION N° 10 Monsieur G., (malade du Pr. NATALI)
- âgé de 27 ans
Radio : - thrombose poplitée
- abondance des artéριοles de suppléance



OBSERVATION N° 11

Madame D.,

- âgée de 38 ans

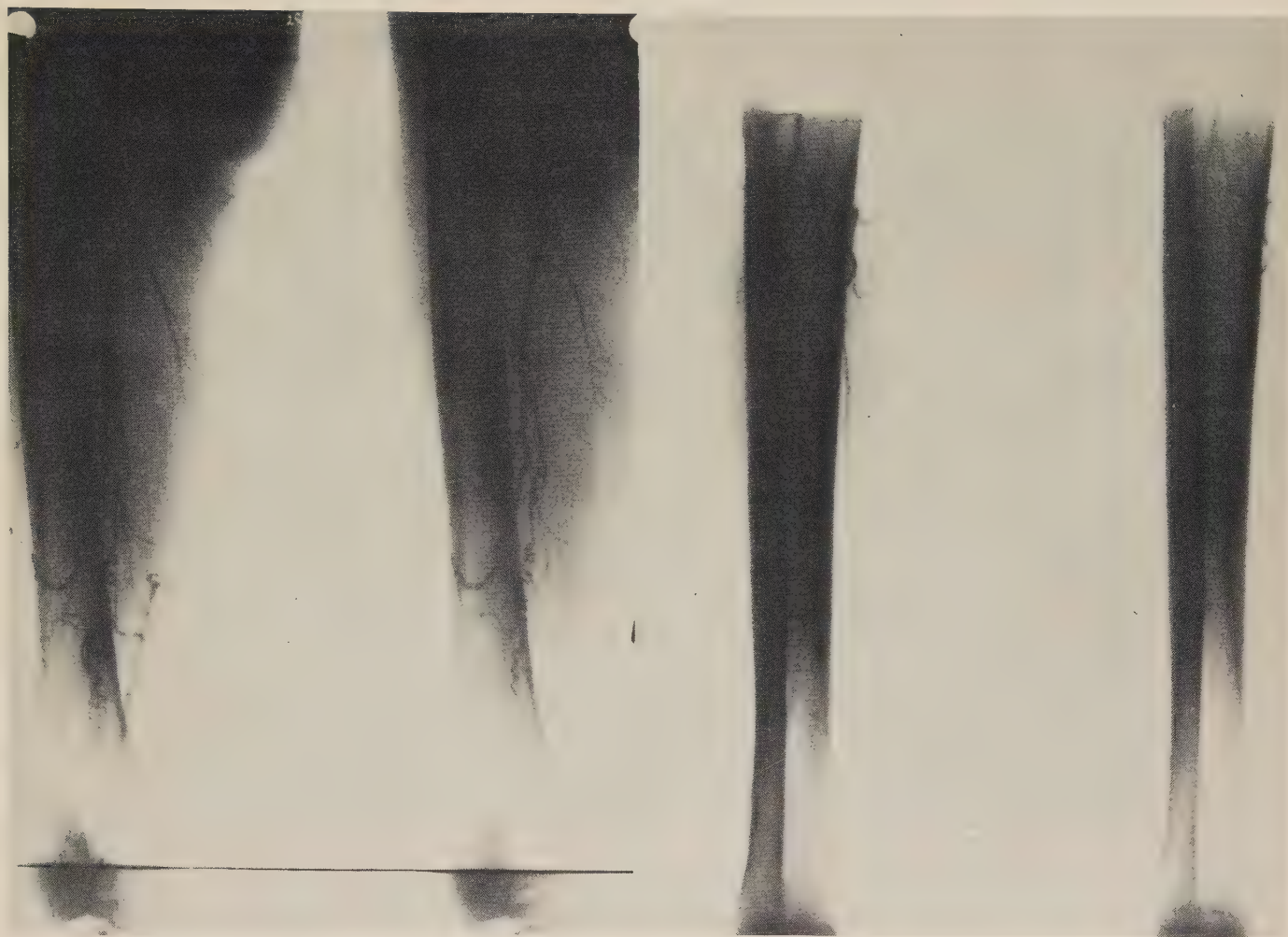
Radio : - artères fémorales respectées

- thrombose poplitée

- réseau de suppléance fin, abondant, peu vrillé

- artères de jambes fines

- thrombose de la tibiale antérieure



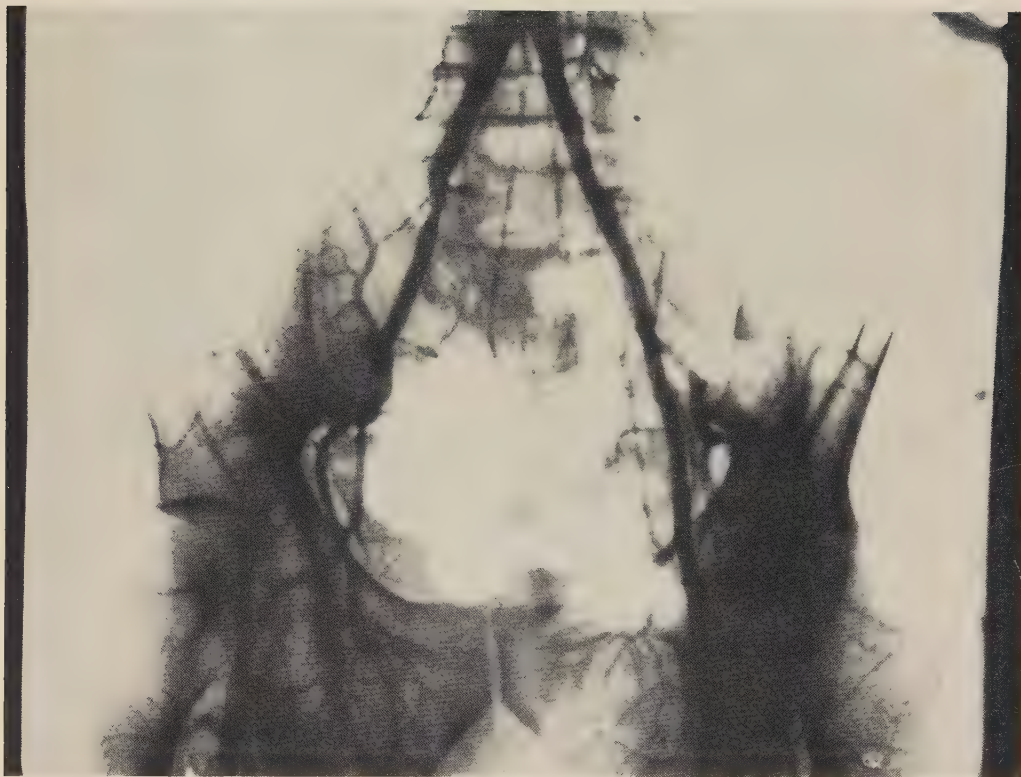
OBSERVATION N° 12 Monsieur M., (malade du Pr. NATALI)

- agé de 40 ans, israélite

Radio : - transition avec les artérites par surcharge

- thromboses étagées ; fémorale superficielle avec réseau de suppléance vrillé, et thrombose poplitée.

- lésions étendues des artères des jambes



OBSERVATION N° 13 Monsieur D. (malade du Pr. NATALI)

Cas très proches des artérites par surcharge.

Radio : - thrombose iliaque externe droite.



- OBSERVATION N° 13 (suite)
- intégrité des fémorales
 - lésions poplitées bilatérales, asymétriques
 - le calibre étant très réduit à gauche, à droite thrombose effective sur la moitié supérieure de la poplitée.

DISCUSSION

- Von WINIWARTER et BUERGER signalaient déjà histologiquement que les atteintes siégeaient au niveau des artères distales tibiales et plantaires avec parfois cependant possibilité d'atteintes poplitées et fémorales.

- Différentes statistiques (2) (14) (22) confirment ces opinions, de même que LERICHE qui affirmait que les lésions étaient plus organisées et anciennes dans les segments distaux.

- Mais WERTHEIMER (24) sur 91 observations mentionne :
30 oblitérations des artères de jambe et du pied, pour plus de 50 %
d'atteintes fémoro-poplitées - lésions radiologiques confirmées par l'anatomopathologie.

- MOUNIER KUHN (19) sur 49 observations note :

- 31 oblitérations proximales isolées (de l'iliaque primitive à la poplitée)
- 10 oblitérations distales isolées
- 8 oblitérations distales et proximales à la fois, continues ou interrompues.

- LERICHE a fait mention d'un cas de Thromboangiose du carrefour aortique.

Rappelons que l'atteinte du membre supérieur est retrouvée selon les auteurs dans 20 à 60 % des cas.

Dans notre série nous avons relevé :

pour le MEMBRE INFERIEUR

- 6 atteintes jambières et du pied isolées,
- 3 atteintes jambières et poplitées à la fois,
- 2 atteintes poplitées isolées,
- 1 atteinte jambière et fémoro-poplitée
- 1 thrombose iliaque externe.

pour le MEMBRE SUPERIEUR

- 1 atteinte cubitale et palmaire (associée à une localisation au membre inférieur).

et UN SEUL CAS FEMININ.

Si nous analysons les différents aspects radiologiques de ces observations, nous constatons que certains signes, du fait de l'absence d'image type de THROMBOANGIOSE, ont une valeur d'orientation intéressante.

Les clichés les plus caractéristiques à LOCALISATION DISTALE montrent :

- des atteintes portant surtout sur les artères du pied, de la jambe, avec une certaine fréquence de participation poplitée.
- une diminution toujours constante du calibre artériel, très marquée sur les artérioles, avec des parois restant lisses et une lumière régulière. L'artère prend un aspect filiforme.
- des thromboses, interruption brusque plus ou moins étendue, segmentaire, sans diminution de la tonalité de l'image, atteignant le plus fréquemment le territoire jambier postérieur.
- des réseaux de suppléance faits de fines artérioles, multiples, très vrillées et de valeur fonctionnelle considérablement réduite.

- des atteintes souvent bilatérales, mais non symétriques et à l'aspect identique lors de localisations aux membres supérieurs.

A RETENIR :

1° - L'absence constante de calcifications.

2° - L'absence d'irrégularités des troncs ilio-fémoraux en amont de lésions distales même importantes.

3° - L'absence de shunts artério-veineux

a) soit de type PRATESI (hyperstomie des canaux de SUCQUET dans le territoire fémoral profond entraînant un court circuit du flux distal), ce qui peut s'expliquer par le siège bas des lésions.

b) soit plus caractéristique, de type MALAN, c'est-à-dire l'absence de retour veineux jambier associé à une visibilité de la semelle plantaire, ceci même sur les radiographies montrant parfaitement les artères plantaires et de la semelle.

Ces deux derniers caractères prenant d'autant plus de valeur que les examens périphériques sont pratiqués sous anesthésie générale.

LE DIAGNOSTIC RADIOLOGIQUE DIFFERENTIEL : peut se faire avec :

- Les ARTERITES PAR SURCHARGE par :

- la localisation :

dans la maladie athéromateuse, les lésions sont étendues, étagées avec souvent des localisations iliaques, fémoro-superficielles voire aortiques.

- l'aspect :

artères allongées, irrégulièrement flexueuses, angulées, avec une lumière irrégulière due aux dépôts athéromateux, avec une alternance de zones dilatées et rétrécies donnant un aspect moniliforme et des suppléances sinueuses.

- l'association :

fréquente avec des shunts artério-veineux dans le territoire fémoral profond.

- LE DIABETE par :

- les altérations encore plus diffuses et
- des calcifications particulièrement nombreuses avec
- un aspect monoliforme des gros troncs.

Mais, parallèlement à ces formes de Thromboangiose qui, par leur fréquence peuvent donner un certain aspect artériographique, il est des formes plus rares aux aspects angiographiques sans caractères distinctifs.

- thrombose poplitée isolée actuellement sans explication,

- cas où conjointement à des lésions jambières, existent des thromboses ilio-fémorales et qui sembleraient correspondre à des formes très avancées de l'affection dont le départ serait cependant distal.

- cas où des phénomènes athéromateux peuvent finir par se greffer et modifier totalement l'aspect radiologique.

Le diagnostic de THROMBOANGIOSE n'est alors envisageable qu'après la confrontation avec les notions cliniques et les résultats biologiques et anatomo-pathologique.

CONCLUSION

La THROMBOANGIOSE, dont la maladie de BUERGER n'est qu'un cas particulier, est encore contestée comme entité nosologique.

Cependant, de même qu'il existe des signes cliniques : hommes jeunes, fumeurs, présentant des troubles artéritiques aigus alternés avec de longues rémissions, associés à des troubles veineux; des signes histologiques : thromboses, phénomènes inflammatoires des tuniques vasculaires, englobement scléreux des paquets vasculo-nerveux; aux caractères bien définis, nous avons noté certains aspects radiologiques particuliers :

- une majorité de localisations distales,
- des artères de calibre diminué, de parois lisses, avec de brusques thromboses de leur lumière,
- la bilatéralité mais l'asymétrie de ces lésions qui prédominent dans le territoire jambier postérieur,
- des réseaux de suppléance à l'aspect grêle, très vrillé et de valeur fonctionnelle considérablement réduite.

Trois signes négatifs sont à retenir : l'absence de calcifications, l'absence de shunt artério-veineux type PRATESI ou MALAN, et, dans la majorité des cas, l'absence de lésion des gros troncs.

Tous ces signes ajoutent un élément indiscutable au diagnostic différentiel avec les artérites par surcharge et les artérites diabétiques.

Certes, comme en toute pathologie, des cas limites donnent un certain flou aux frontières de cette affection : localisations, soit isolées, soit proximales associées, soit aux membres supérieurs; ce n'est alors que la confrontation avec les données cliniques, biologiques et anatomo-pathologiques, qui permettra d'envisager le diagnostic.

Vu, le Président de Thèse

Pr. M. ROUX

Vu, le Doyen de la Faculté

Pr. G. BROUET

Vu et Permis d'imprimer

le Recteur de l'Académie de Paris

G. MALLET

BIBLIOGRAPHIE

(1) ABRAMSON D.J. -

Blood vessels and lymphatics. New York,
Academic Press, 1962.

(2) ABRAMSON D.J. -

Zayas A et coll. - Ameri. J. Cardiol., 1963, 12, 107.

(3) ALLEN E.V. , BARKER N.W. HINES E.A. Jr. - Peripheral vascular

Peripheral vascular diseases,
Philadelphia, Saunders - 2 d ed.; 1956.

(4) ALLEN E.V. , BROWN G.E. -

Ann. Intern. Med., 1928, 1, 535.

(5) BARKER N.W. -

The case for retention of diagnostic category
"Thromboangitis obliterans". Circulation, 1962, 25, L.

(6) BERNARD J.G. GIROUD P. et coll.

Bull. Soc. med. Hôp. Paris 1959.
18 - 19, 45.

(7) BERNARD J.G. GIROUD P. MASBERNARD A. -

Artérites juvéniles et rickettsioses. IIIe congrès international d'angéio-
logie (San Rémo 1958).

(8) DELANOE G.

Sur le rôle des rickettsioses atypiques ou méconnues dans la pathologie
vasculaire. Sem. Hôp. Paris. 1963, 39, 40.

(9) DIMITZA, A. - XXe congr

XXè congrès du collège international des chirurgiens (Genève 1955) P. 337.

(10) DRAMEZ C.

Principes généraux de la radiologie vasculaire.
Angéiologie, (Paris) Masson, 1966, tome I, 297, 334.

(11) FONTAINE R.

Les artérites oblitérantes des membres et leur traitement.
Strasbourg Méd., 1947, 27, 28.

(12) FROMENT R.

Artériopathies tronculaires non athéroscléreuses.
Importance probable de facteurs d'ordre génétique
Cœur et Med. intern. 1966, 5, 3, 339.

(13) GERY L., FONTAINE R., BRANZEN P. -

Les lésions chroniques oblitérantes des artères des membres. J. int.
Chir. 1939, 4, 427

(14) HEYDENREICH A. -

De la gangrène par endartérite oblitérante.
Sem. Med. (Paris) 1892, 12, 273.

(15) KAHN J.W.

Thrombophlebitis of deep veins in thromboangitis obliterans. Surg.
Gynec. Obst.
1946, 83, 449.

(16) LERICHE R.

Thromboses artérielles. Physiologie pathologique et traitement chirurgical. Paris, Masson 1946.

(17) MAC KUSICK U.A. and coll.

Buerger's disease : a distinct clinical and pathological entity. J. Amer
Med. Ass., 1962, 181, 5.

- (18) MAC PHERSON J. R. et coll.
Thromboangiitis obliterans, clinical and pronostic differences.
Ann. Intern. Med., 59, 288, 1963.
- (19) MOUNIER KUHN A.
La thromboangiose. Réflexions à propos d'une statistique.
Thèse, Médecine, Lyon, 1956.
- (20) RATSCHOW M.
Angiologie.
Stuttgart. G. Thieme Verlag, 1959.
- (21) SZILAGYI D.E., DERUSSO F.S., ELLIOT J.P.
Thromboangiitis obliterans, clinico angiographic correlations.
Arch. Surg., 88, 1964.
- (22) TAKATS G. DE.
Vascular Surgery
Philadelphie, Saunders, 1959.
- (23) WERTHEIMER P., FROMENT R. et coll.
Exiguité artérielle constitutionnelle. Facteur probable de
thromboartériose de type Buerger.
Presse Med., 1964, 72, 39, 2259.
- (24) WERTHEIMER P., SAUTOT J.
Pathologie vasculaire des membres.
Paris, Masson, 1958.
-

